

# Učinkovitost interdisciplinarnih timov v zdravstvu: primer delovanja tima za obravnavo oseb s kronično bolečino

**Katja Zupancič**

e-pošta: katja.zupancic@ir-rs.si

---

## Povzetek

V zdravstvenih timih je uveljavljen interdisciplinarni način obravnave, kljub razširjenosti takšnega pristopa pa timi pri svojem delovanju niso vedno dovolj učinkoviti. V prispevku predstavljamo izsledke raziskave o zaznavi učinkovitosti različnih vidikov delovanja tima za obravnavo oseb s kronično razširjeno bolečino. V raziskavi je sodelovalo deset članic tima, ki so s pomočjo anketnega vprašalnika najvišje ocenile zmožnost prilagajanja tima na spremembe, težave ali potrebe bolnikov, večšine sodelavk, zaupanje, spoštovanje in podporo med njimi ter delovanje v skladu s timsko vizijo. Na drugi strani so najnižje ocene pripisale pogojem dela, pohvalam in nagradam za dobro opravljeno delo, času za izvedbo terapij ter ugledu tima znotraj institucije. Na podlagi dobljenih rezultatov podajamo predloge za izboljšave znotraj tima.

**Ključne besede:** interdisciplinarni tim, učinkovitost, zdravstvo, kronična razširjena bolečina

---

## 1. Uvod

Zaradi napredka v medicini in s tem povezane kompleksnosti, staranja prebivalstva in vse večje informiranosti bolnikov se potreba po kakovostni oskrbi na vseh ravneh zdravstva povečuje (Crema in Verbano, 2013), organizacijski odgovor na te spremembe pa je timska oblika dela (Youngwerth in Twaddle, 2011). Kljub razširjenosti interdisciplinarnega pristopa timi niso vedno učinkoviti. Pannick s sodelavci (2015) v sistematičnem pregledu raziskav s področja splošnih bolnišnic ugotavlja, da takšen način dela nima pomembnejšega vpliva na izide zdravljenja, kot so dolžina hospitalizacije, zapleti, ponovni sprejemi in umrljivost. Omenjeni kazalci so pri takšnem pristopu lahko nesmiselni, saj bo bolnik morda v bolnišnici dalj časa kot sicer, ker bo oskrba bolj celostna. Iz tega razloga avtorji raziskave opozarjajo, da je treba spremeniti kriterije za merjenje učinkovitosti interdisciplinarnega pristopa in se osredotočiti tudi na druge kazalce, kot so procesni dejavniki in poročanje s strani bolnikov. Kanadski avtorici (Lemieux-Charles in McGuire, 2006) na podlagi pregleda literature ugotavljata, da je zaradi raznolikosti interdisciplinarnih timov primerjava med

njimi težavna, kljub temu pa navajata sodelovanje, reševanje konfliktov in povezovanje med člani kot tiste značilnosti, ki pripomorejo k izboljšanemu zadovoljstvu zaposlenih in večji zaznani učinkovitosti njihovega tima.

Namen prispevka je izboljšanje učinkovitosti timskega delovanja interdisciplinarnih timov v zdravstvu, pri čemer bodo zbrane informacije koristne predvsem za člane tima in njihove vodje. Obenem pa je namen prispevati predloge ustrežnejših ukrepov, ki lahko izboljšajo doseganje učinkov timov.

Cilj prispevka je predstaviti značilnosti managementa interdisciplinarnih timov, zlasti v zdravstvu. V tem okviru je cilj empirično preučiti učinkovitost delovanja tima za obravnavo oseb s kronično bolečino in na podlagi dobljenih rezultatov predlagati izboljšave pri delu omenjenega tima.

V prispevku uporabljena metoda temelji na preučevanju teoretičnih osnov s področja managementa in učinkovitosti interdisciplinarnih timov s poudarkom na timih v zdravstvu. V empiričnem delu raziskave predstavljamo delovanje tima za obravnavo oseb s kronično bolečino, kjer smo uporabili anketni vprašalnik. Tako smo

pridobili subjektivne ocene članic tima, ob tem pa je aplikacija vprašalnika časovno ekonomična oblika pridobivanja podatkov. Na podlagi dobljenih rezultatov smo izoblikovali priporočila članicam in vodji obravnavanega tima. Ugotovitve pa so koristne tudi za glavne in poslovnofunkcijske managerje.

## 2. Opredelitev timov s poudarkom na interdisciplinarnih timih v zdravstvu

Tim je opredeljen kot skupina dveh članov ali več, ki sodelujejo in usklajujejo svoje delo, da bi dosegli skupen cilj, za katerega so vzajemno odgovorni. V širšem družbenem sistemu predstavljajo samostojno entiteto, ki svoje odnose uravnava v okviru organizacijskih pravil (Cohen in Bailey, 1997). Hollenbeck, Beersma in Schouten (2012) so predlagali členitev teh timov v tri skupine glede na tri razsežnosti: diferenciacijo veščin (angl. skill differentiation), ki upošteva, v kolikšni meri se veščine posameznih članov razlikujejo; diferenciacijo avtoritete (angl. authority differentiation), ki obsega vključevanja vseh članov tima v procese vodenja in odločanja, in časovno stabilnost (angl. temporal stability), ki predstavlja enkratno ali dolgotrajnejše sodelovanje članov tima v enaki sestavi. O raznolikosti timskega dela v okviru zdravstva pričajo izsledki kanadske raziskave (Al Sayah, Szafran, Robertson, Bell in Williams, 2014), v okviru katere so bili narejeni intervjuji z medicinskimi sestrami, ki so s področja akutne medicine prešle na primarno raven zdravstva. Pri akutni oskrbi so bile naloge natančneje opredeljene, zato so imele pri svojem delu manj samostojnosti, ob tem pa so se morale bolj držati navodil in upoštevati zakonodajo. Po drugi strani so bile na primarni ravni pri svojem delu bolj avtonomne in ustvarjalne, s čimer se je povečal tudi delež njihove odgovornosti.

Na zdravstvenem področju je interdisciplinarno sodelovanje opredeljeno kot sodelovanje skupine strokovnjakov z različnih področij, ki se redno povezujejo z namenom oskrbe, usmerjene na bolnika in njegovo družino. Takšen tim najpogosteje sestavljajo zdravniki, medicinske sestre, farmacevti, socialni delavci, psihologi, delovni in fizioterapevti (Reid Ponte, Gross, Milliman-Richard in Lacey, 2010). Timi se med seboj razlikujejo po vrsti značilnosti. Tako npr. Mitchell in drugi (2012) navajajo razlikovanje po velikosti, lokaciji delovanja, ravni zdravstva, obsegu nalog in obliki oskrbe, ki jo zagotavljajo.

## 3. Management interdisciplinarnih timov v zdravstvu

### 3.1 Značilnosti managementa interdisciplinarnih timov

V interdisciplinarnih zdravstvenih timih ima osrednjo vlogo bolnik (Körner, 2013), obenem pa je takšna oblika dela koristna tudi za člane tima in bolnišnico. Vzpostavitev tima je časovno in organizacijsko zahtevna naloga, zato so ameriški avtorji (Meguid in drugi, 2015) na podlagi izkušenj z različnih klinik predlagali proces razvoja tima, ki je prenosljiv v številna bolnišnična okolja. Proces vsebuje petnajst korakov, ki med drugim zajemajo načrt programa, zaposlitev usklajevalca in pridobivanje članov, zagotavljanje podpore vodstva bolnišnice v zvezi s prostori in zaposlenimi, sestavljanje in koordinacijo urnikov za bolnike in zaposlene, obveščanje javnosti v zvezi z novimi storitvami in sodelovanje članov tima na strokovnih srečanjih.

Čeprav je vsak tim specifičen, obstajajo nekatere skupne značilnosti njihovega managementa ali uravnavanja. S tem se je v svoji raziskavi ukvarjala skupina britanskih, kanadskih in avstralskih raziskovalcev (Nancarrow in drugi, 2013), ki je združila podatke sistematičnega pregleda literature in povratnih informacij z delavnic z zaposlenimi. Ugotovili so, da so za tim pomembni:

- demokratični management tima z vodjo, ki ima jasno vizijo, prisluhne članom tima in je pripravljen ukrepati;
- dobre komunikacijske sposobnosti članov tima in zagotavljanje sistemov za uspešno komunikacijo med člani;
- priložnosti za učenje, razvoj in nagrajevanje zaposlenih;
- zagotavljanje ustreznih zmogljivosti, postopkov in orodij za kakovosten potek dela;
- dopolnjevanje članov tima glede na njihovo znanje in osebnostne lastnosti ter ustrezne zamenjave v primeru odsotnosti posameznih članov;
- zaupno in podporno okolje;
- lastnosti članov tima, kot so znanje, izkušnje, samoiniciativnost, veščine poslušanja;
- jasna timska vizija;
- usmerjenost na kakovost oskrbe in dobre izide zdravljenja;
- spoštovanje in razumevanje vlog v timu.

Vodenje timov naj bi bilo naravnano sodelovalno in naj bi upoštevalo potrebe zaposlenih, saj bo s tem prispevalo k ustvarjanju dobrega timskega vzdušja, kar bo posledično vodilo k varnejši in učinkovitejši oskrbi bolnikov (Sfantou in drugi, 2017). Skladno s tem Willcocks (2018) meni, da je tradicionalni koncept vodje, ki naj bi zaradi določenih osebnostnih lastnosti in vedenja vse obvladal, v interdisciplinarnih timih problematičen ali celo škodljiv. Alternativa temu je deljeno vodenje med dvema posameznikoma ali več, ki se menjavajo pri vodenju glede na okoliščine in ki so s svojim znanjem in izkušnjami v danem trenutku za tim najbolj koristni. Zaradi kompleksnosti zdravstvene oskrbe je takšen način lahko ustrežnejši, saj si vodje delijo naloge, ob tem pa se zaradi specifičnih znanj in osebnostnih lastnosti dopolnjujejo, kar ima za posledico manj konfliktov ter večje zaupanje in povezovanje znotraj tima.

Učinkovitost tima se nanaša na njegovo zmožnost, da doseže cilje, ki jih je postavila organizacija oziroma njen management (Aubé in Rousseau, 2011). Po mnenju Hackmana (2002) jo je možno ugotoviti prek rezultatov tima, zmožnosti ustreznega delovanja ter posameznikovega blagostanja in rasti. Ameriški avtorici Youngwerth in Twaddle (2011) menita, da je učinkovitost tima odvisna od več dejavnikov, med najpomembnejše pa sodi komunikacija. K njenemu izboljšanju pripomorejo tako redni timski sestanki kot tudi neformalna izmenjava informacij med člani. Ob tem je med njimi pomembna visoka stopnja zaupanja in spoštovanja, ki skupaj z dobro komunikacijo omogoča boljše sodelovanje. Za učinkovitejše veljajo timi, ki so manjši in imajo jasno opredeljeno vodenje, kjer so člani stalni ter imajo večjo raznolikost poklicev (Xyrichis in Lowton, 2008).

### 3.2 Problemi v managementu interdisciplinarnih timov

Timski način dela omogoča izboljšano učenje, razvoj in kakovost dela zaposlenih, učinkovitejše reševanje kompleksnih težav, uporabo virov in načrtovanje za prihodnost ter zmanjševanje nepotrebnih stroškov (Choi in Pak, 2006). Vendar delo v interdisciplinarnem zdravstvenem timu prinaša številne težave, s katerimi se timi na drugih področjih morda ne srečujejo, npr. spore zaradi prekrivanja nalog posameznih poklicnih skupin ter načrtovanje in sprejemanje odločitev ob hkratnem zagotavljanju ustrezne kakovosti oskrbe (Nancarrow

in drugi, 2013). Težave lahko izvirajo iz pomanjkanja ustreznega treninga, nejasne opredelitve vlog, nejasnega poteka naročanja bolnikov, časovno potratnega administrativnega dela in pogoste menjave članov tima (Al Sayah in drugi, 2014). Tradicionalno za zdravstvo velja jasno določena hierarhija med posameznimi poklicnimi skupinami, ki pa se v interdisciplinarnih timih zrahlja, zaradi česar imajo posamezni člani lahko težave, ko morajo delati samostojneje (Fewster-Thuente in Velsor-Friedrich, 2008). Avtorici navajata, da ima pri tem posebno vlogo spol, ki vpliva tako na sodelovanje med člani tima kot tudi na sodelovanje z bolniki. Zadnje je sicer vezano tudi na kulturo, ki v praksi pomeni oviro v jezikovnem smislu, v razumevanju verskih posebnosti ali ciljev zdravljenja. Kot ugotavljajo hrvaški raziskovalci (Lončarić, Kovač, Rilović Đurašin, Habuš in Kauzlarić, 2016), so problemi tima lahko posledica težav na drugih ravneh. Učinkovito interdisciplinarno delo v njihovi državi namreč ovira pomanjkanje ustreznega kadra, zaradi česar morajo posamezni člani timov prevzemati tudi naloge drugih poklicnih skupin, kar lahko sčasoma vodi v sindrom izgorelosti.

Ena od večjih ovir za učinkovito timsko delo je nejasna delitev vlog med člani, kar je v interdisciplinarnih timih lahko bolj izraženo, saj se vloge nekaterih članov delno prekrivajo (Xyrichis in Lowton, 2008). Omenjena težava je povezana z izobraževalnim sistemom, ki je usmerjen le na poučevanje veččin znotraj posameznega poklica, zato bi bilo v učne načrte poklicev s področja medicine in sorodnih ved smiselno vključiti spoznanja o timskem delovanju (Youngwerth in Twaddle, 2011).

### 3.3 Predlogi izboljšanja učinkovitosti interdisciplinarnih timov

Učinkovitost delovanja timov je možno povečati na več načinov. Wellerjeva, Boyd in Cumin (2014) predlagajo poučevanje načinov komuniciranja in skupne treninge članov tima, pri čemer naj simulirajo resnične situacije, s katerimi prihajajo v stik. Dobri načini komuniciranja namreč pripomorejo k sestavljanju bolj demokratičnih timov, saj je med člani tima dovolj medsebojnega zaupanja in spoštovanja, da vsak od njih lahko izrazi svoje mnenje, ki je enako pomembno in sprejeto kot mnenja drugih članov. Pomen komunikacije med različnimi profili nakazujejo rezultati raziskave (Lown in Manning, 2010) o timih za zdravstvene delavce, ki so jih v ameriških

bolnišnicah uvedli z namenom deljenja lastnih izkušenj pri delu z bolniki. Člani teh timov, ki so se srečanj izmenjavanja izkušenj udeleževali redno, so poročali o boljšem razumevanju neverbalnih znakov komunikacije, lažjem komuniciranju o občutljivih temah in večji empatiji. Ob tem se je izboljšala komunikacija z drugimi člani njihovega tima, lažje pa so se spoprijemali tudi s stresnimi situacijami na delovnem mestu. Na ravni institucij so opazili, da so se timi začeli spreminjati v smeri večje interdisciplinarnosti, s čimer je oskrba bolnikov postala bolj celostna. Smiselnost treningov komunikacije potrjuje tudi nemška raziskava (Becker in drugi, 2017), v katero so bili vključeni člani rehabilitacijskih timov s petih klinik. Ugotovili so, da je za učinkovit trening pomembno natančno ugotoviti, kakšni so težave in pričakovanja posameznega tima, ter temu prilagoditi cilje.

Na področju zdravstva je učinkovitost delovanja timov mogoče izboljšati tudi s pomočjo interdisciplinarnih vizit. Po njihovi uvedbi v eni izmed ameriških bolnišnic so člani akutnega tima za oskrbo starejših bolnikov poročali o boljšem razumevanju načrta bolnikove oskrbe, o njeni večji učinkovitosti in varnosti, o izboljšani komunikaciji tako z bolnikovo družino kot s sodelavci ter tudi o večjem zadovoljstvu z delom (Gausvik, Lautar, Miller, Pallerla in Schlaudecker, 2015). O'Leary in drugi (2011) pa so v svoji raziskavi ugotovili, da se je po uvedbi strukturiranih interdisciplinarnih vizit zmanjšalo število neželenih dogodkov oziroma zapletov med bolniki v splošni bolnišnici. Avtorji ugoden izid pripisujejo predvsem dejstvu, da je večinoma šlo za dogodke, ki jih je možno preprečiti, pri čemer je učinkovita komunikacija med zaposlenimi ključnega pomena. V eni od ameriških univerzitetnih bolnišnic so na oddelku za transplantacijo srca sestanke spremenili tako, da so vanje vključili več članov tima. Ob tem je predstavljanje bolnikov z zdravnika prešlo na medicinsko sestro, kar je zaposlenim omogočilo, da v večji meri kot prej poslušajo in komentirajo informacije. Z vidika oskrbe bolnikov so ugotovili, da se je po uvedbi razširjenih sestankov za tretjino skrajšala ležalna doba, prav za toliko pa se je zmanjšalo tudi število ponovnih sprejemov v bolnišnico (Roussel, Gorham, Wilson in Mangi, 2013).

Curtis in sodelavci (2006) z namenom izboljševanja kakovosti interdisciplinarnega delovanja v enotah za intenzivno terapijo predlagajo sedem korakov, ki pa so po njihovem mnenju lahko

uporabni tudi za zdravstvene time na drugih področjih delovanja:

- preverjanje motivacije, podpiranje timskega načina dela in razvijanje učinkovitega vodenja;
- izbira projektov;
- opredelitev kazalcev za ugotavljanje napredka, izgradnja podpore za projekt in razvoj projektnega načrta;
- ugotavljanje morebitnih ovir, priložnosti in virov za projekt v širšem okolju;
- vzpostavitev baze za zbiranje podatkov;
- vzpostavitev sistema poročanja o napredku projekta;
- vpeljava strategij za vedenjske spremembe zaposlenih.

Po vpeljavi novega programa ali izboljševanju obstoječega sledita njegovo ocenjevanje in vzdrževanje kakovosti. Ob tem Curtis s sodelavci (2006) ter Weller, Boyd in Cumin (2014) opozarjajo na vlogo managementa zdravstvene institucije pri uvajanju sprememb v interdisciplinarnih timih, in sicer v obliki ustrezne tehnološke podpore ter uporabe različnih postopkov, s katerimi lahko člani tima poskrbijo za kakovostno obravnavo bolnikov.

### **3.4 Management in učinkovitost timov za obravnavo oseb s kronično bolečino**

Mednarodno združenje za preučevanje bolečine (IASP, 2011) za osebe s kronično bolečino priporoča obravnavo v okviru tima, ki ga sestavljajo strokovnjaki različnih specialnosti. Poleg zdravnika, ki ima običajno vlogo vodje tima, mora tim imeti tudi strokovnjaka s področja duševnega zdravja, bodisi psihiatra bodisi kliničnega psihologa. V timu so poleg njiju najpogosteje še delovni in fizioterapevti, medicinske sestre, socialni delavci, dietetiki in farmacevti. V preteklosti se je pri obravnavi kronične bolečine uporabljal biomedicinski pristop, v katerega sodijo na primer protibolečinska zdravila in operativni posegi. Zaradi omejene učinkovitosti tovrstnih posegov se je sčasoma uveljavil biopsihosocialni model, ki bolezen pojmuje kot dinamično in recipročno interakcijo med biološkimi, psihološkimi in sociokulturnimi dejavniki, ki vplivajo na posameznikov odziv na bolečino (Turk in Flor, 1999).

Po mnenju različnih avtorjev (npr. Gatchel, McGeary, McGeary in Lippe, 2014; Stanos, 2012) se omenjeni model najučinkoviteje uporablja v okviru interdisciplinarnih timov. V takšnih timih vizija vodenja in dela tima temelji na integrirani oskrbi

bolnika, pri čemer člani tima pomagajo bolniku, da mu vsa področja oskrbe kar najbolj koristijo, za uspešno sodelovanje med člani, zunanji sodelavci, bolniki in njihovimi svojci pa je ključnega pomena stalna in odprta komunikacija.

V okviru Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta RS - Soča deluje Subspecialistična ambulanta za rehabilitacijo oseb s kronično bolečino, ki je namenjena osebam s kronično razširjeno bolečino in tistim z bolj lokaliziranimi oblikami tovrstne bolečine, pri čemer v ambulanti niso obravnavani posamezniki, pri katerih so bolečine posledica rakavih obolenj. Osebe s kronično bolečino imajo običajno težave na področju kakovosti življenja in pri vključevanju v poklicno življenje, ob tem pa so farmakološke in interventne metode zdravljenja bolečine izčrpane. Tim za obravnavo kronične bolečine v omenjeni ustanovi je sestavljen iz zdravnic specialistk fizikalne in rehabilitacijske medicine, fizioterapevtk, delovnih terapevtk, socialnih delavk in psihologinj. Pri organizacijskih opravilih so v pomoč administratorke, ob povečanem obsegu dela ali izostanku posameznih članov tima pa se vanj vključujejo tudi sodelavci z drugih oddelkov URI - Soča. Delo tima obsega triažne in kontrolne preglede, dvodnevna izobraževalna predavanja o kronični bolečini, štiri- in pettedenski program za celostno obravnavo bolečine ter obnovitvena srečanja po zaključku teh programov, ob tem pa se zaposleni tudi stalno strokovno izpopolnjujemo, predajamo svoje znanje in izkušnje strokovnjakom znotraj in zunaj matične institucije ter smo aktivni na raziskovalnem področju.

## **4. Raziskava managementa in učinkov interdisciplinarnega tima za obravnavo oseb s kronično bolečino**

### **4.1 Raziskava**

V času trajanja raziskave je tim za rehabilitacijo oseb s kronično nerakavo bolečino sestavljalo 16 članic, pri čemer se jih je za sodelovanje v raziskavi odločilo deset: zdravnica, socialna delavka, dve fizioterapevtki, tri delovne terapevtke in tri psihologinje. Nobena od njih ni vodja tima. Povprečna starost udeleženk je 40,7 leta. Med njimi je najdlje članica tima socialna delavka, in sicer pet let in pol, najkrajši sta pa imata psihologinja in delovna terapevtka, ki sta bili v času izpolnjevanja vprašalnika članici tima dva meseca. Izpolnjevanje

vprašalnika tipa papir-svinčnik je potekalo v maju in juniju 2018. Udeležinke so ga izpolnile v službenem času; reševanje jim je vzelo od pet do deset minut časa. Kvantitativni podatki so bili analizirani s pomočjo programa Excel.

V raziskavi smo želeli pridobiti mnenja udeleženk glede učinkovitosti timskega delovanja, zato smo v ta namen na podlagi pregleda literature oblikovali anketni vprašalnik, sestavljen iz kvantitativnega in kvalitativnega dela. V okviru vprašalnika imajo udeleženci možnost izraziti svoje mnenje glede obravnavane teme, pri čemer je aplikacija vprašalnika časovno manj potratna kot na primer izvedba intervjuja, ob tem pa omogoča večjo primerljivost, saj vsi odgovarjajo na enake postavke (Marshall in Rossman, 2006).

Prvi del vprašalnika vsebuje 20 postavk, ki so razdeljene na sedem področij po naključnem vrstnem redu: komunikacija in odnosi, vloge, veščine, izidi rehabilitacije, pogoji dela, vizija in vodenje ter izobraževanje in nagrajevanje. Naloga udeleženk je bila, da na vsaki postavki označijo stopnjo učinkovitosti tima za opisano področje, pri čemer uporabijo lestvico od 1 (najmanjša možna učinkovitost) do 10 (največja možna učinkovitost). V drugem delu vprašalnika so imele možnost podati lastne predloge v zvezi z izboljšavami v timu. V ta namen smo jim zastavili naslednje vprašanje: »Kaj bi bilo po tvojem mnenju treba spremeniti, da bi bil naš tim v prihodnje bolj učinkovit? Pri tem lahko navedeš tudi dejavnike, ki niso vezani neposredno na sam tim, pač pa so bolj sistemske narave.«

### **4.2 Rezultati raziskave**

Iz Tabele 1 je razvidno, da članice tima kot najpomembnejšo ocenjujejo zmožnost tima, da se prilagaja na spremembe, težave ali potrebe bolnikov, relativno visoko pa so ocenjeni tudi veščine članic, zaupanje, spoštovanje in podpora med njimi ter delovanje v skladu z vizijo tima. Na drugi strani so kot slabo ocenile vpliv pohval in nagrad na dobro opravljeno delo, pri čemer pa je bila na omenjenem področju razpršenost rezultatov največja. Relativno kot manj pomembni so ovrednoteni tudi pogoji dela in ugled tima v instituciji.

Na odprto vprašanje v zvezi s predlogi za izboljšave je odgovorilo šest udeleženk, njihovi odgovori pa se skladajo z ocenami iz prvega dela raziskave. Kot ključno težavo so poudarile pogoje dela; v smislu prostorov si želijo njihove primernejše razporeditve in ureditve, kar zajema različne pripomočke in stalen

**Tabela 1:** Povprečne vrednosti in standardni odkloni ocen učinkovitosti na posameznih področjih delovanja tima za rehabilitacijo oseb s kronično nerakavo bolečino

| Področja ocenjevanja  | M    | SD   |
|---|------|------|
| <b>Komunikacija in odnosi</b>   |      |      |
| • redna komunikacija (timski sestanki, sestanki v okviru poklicne skupine, individualni razgovori)                    | 7,70 | 2,11 |
| • razreševanje konfliktov, razgovori o težavah, stiskah tima  | 6,70 | 2,21 |
| • občutek, da so tvoji predlogi upoštevani, da te preostale članice tima slišijo                                      | 7,80 | 1,87 |
| • zaupanje, spoštovanje, podpora med članicami tima   | 8,30 | 1,57 |
| <b>Vloge</b>  |      |      |
| • upoštevanje in spoštovanje vloge, ki jo ima vsaka članica tima (naloge, odgovornost, prekrivanje z drugimi profili) | 8,40 | 0,97 |
| • zmožnost prilagajanja tima na spremembe, težave ali potrebe bolnikov  | 9,00 | 0,67 |
| <b>Veščine</b>  |      |      |
| • članice tima imajo ustrezne veščine za kakovostno delo z bolniki s kronično bolečino                                | 8,60 | 1,43 |
| • število različnih profilov v timu glede na potrebe bolnikov s kronično bolečino                                     | 8,30 | 1,89 |
| <b>Izidi rehabilitacije</b>   |      |      |
| • načini merjenja (npr. lestvice, vprašalniki, testi)   | 7,90 | 1,52 |
| • izboljšanje bolnikovega stanja oz. doseganje drugih zastavljenih ciljev   | 8,20 | 1,03 |
| <b>Pogoji dela</b>  |      |      |
| • ustreznost prostorov za izvajanje terapij in sestankov  | 5,40 | 2,41 |
| • dovolj časa za izvedbo terapij, individualnih razgovorov, pisanje poročil, telefonske klice itd.                    | 5,30 | 2,50 |
| • dostop do pripomočkov za delo (npr. testov, orodij)   | 6,50 | 2,46 |
| • dostop do sodobne tehnologije (računalniki in drugi pripomočki za delo, internetni dostop)                          | 6,10 | 2,73 |
| <b>Vizija in vodenje</b>  |      |      |
| • delovanje članov v skladu z vizijo tima   | 8,50 | 1,43 |
| • vodenje tima  | 8,20 | 1,87 |
| • ugled tima znotraj naše institucije   | 5,80 | 2,15 |
| <b>Izobraževanje in nagrajevanje</b>  |      |      |
| • možnosti za izobraževanje, poklicni razvoj  | 7,80 | 2,25 |
| • predajanje znanja drugim strokovnjakom  | 8,30 | 1,34 |
| • pohvale in nagrade za dobro opravljeno delo   | 4,90 | 3,28 |

dostop do računalnikov ter internetne povezave. V časovnem smislu si želijo zmernejši tempo dela, kar bi jim omogočilo več časa tako za kakovostno delo z bolniki kot tudi za študij literature, pisanje poročil in raziskovanje. Med predlaganimi načini za časovno razbremenitev je večje število zaposlenih, kar je še posebej pomembno z vidika nadomeščanja sodelavcev, ki so na specializaciji in posledično več let le enkrat ali dvakrat tedensko prisotni v matični ustanovi.

Med predlogi za izboljšanje učinkovitosti bi bilo po mnenju ene od članic smiselno uvesti izobraževanja znotraj tima, s čimer bi vsaka poklicna skupina bolje razumela delo drugih, posledično pa bi tudi problematiko kronične bolečine lahko

obravnavali še bolj kakovostno. V sistemskem smislu bi bilo biopsihosocialni model obravnave zdravja in bolezni treba vpeljati v učne načrte vseh fakultet, v okviru katerih se obravnava človekovo delovanje (medicina, psihologija, socialno delo ipd.).

#### 4.3 Razprava o ugotovitvah

V prispevku smo do zdaj podrobneje predstavili delovanje interdisciplinarnega tima za rehabilitacijo oseb s kronično bolečino z vidika učinkovitosti, kot ga zaznavajo njegove članice. V kvantitativnem delu raziskave se je pokazalo, da kot najpomembnejšo ocenjujejo zmožnost prilagajanja tima na

spremembe, težave ali potrebe bolnikov, relativno visoko pa so ocenjene tudi večšine članic, zaupanje, spoštovanje in podpora med njimi ter delovanje v skladu s timsko vizijo, tj. integrirana oskrba bolnika. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi v nekaterih drugih podobnih raziskavah (Al Sayah in drugi, 2014; Studen, 2017).

Na drugi strani so najmanjšo pomembnost udeležinke pripisale pogojem dela tako v smislu ustreznih prostorov in dostopa do pripomočkov kot tudi do tehnologije. Obravnavani tim sodi med najmlajše na URI - Soča, zato je še vedno v fazi velikih sprememb, saj je vzpostavitev takšne oblike delovanja časovno in organizacijsko zahtevna naloga (Meguid in drugi, 2015). Ob tem je treba upoštevati specifične strokovnega področja – čeprav je kronična bolečina obravnavana tudi v okviru drugih ambulant in ustanov, je tim na URI - Soča trenutno edini v državi, ki se s to problematiko ukvarja na interdisciplinarni ravni ob upoštevanju biopsihosocialnega modela. Posledično potrebe bolnikov in s tem povezane čakalne vrste presegajo aktualne zmožnosti tima, zaradi česar pogosto zmanjkuje časa za bolj poglobljene obravnave posameznikov, kar je razvidno tudi iz ocen udeleženk v tej raziskavi. Preveliko število nalog ob premajhnem številu kadra je sicer težava, ki se pojavlja tudi na drugih področjih zdravstva in presega meje naše države (Lončarić in drugi, 2016; Studen, 2017), zaradi česar bi bilo to težavo treba obravnavati na ravni celotnega sistema.

Intenziven tempo dela lahko predstavlja vir stiske za članice tima, na kar bi lahko sklepali iz nekoliko slabše ocenjene učinkovitosti na področju razreševanja konfliktov. Eden od načinov za izboljšanje tovrstnih težav bi lahko bila uvedba nadzornih timov, ki bi zaposlenim pomagali pri ustrenejšem spoprijemanju s stresom in ki bi posledično vodili tudi v kakovostnejšo oskrbo bolnikov, kot to v podobnih primerih predlagata Lown in Manning (2010). Kljub ugodnim učinkom pa tovrstna srečanja ne zmanjšajo samega obsega dela, zato je bistvenega pomena zaposlitev zadostnega števila novih kadrov.

V povprečju najnižje ocene so udeležinke pripisale izostanku pohval in nagrad za dobro opravljeno delo, pri čemer razpršenost rezultatov kaže na velike individualne razlike med članicami tima. V zdravstvenem sektorju, kjer se na eni strani večajo zahteve do zaposlenih, na drugi pa krčijo sredstva in kadri, je treba po mnenju Bensonove in Dundisa (2003) zaposlenim zagotoviti, da so varni, cenjeni in da čutijo, da jih institucija potrebuje. Vodje lahko to storijo na več načinov, med drugim tako, da upoštevajo njihove predloge in skrbi ter da jim

zagotovijo ustrezno usposabljanje, ki ni zgolj trening specifičnih veščin, temveč posameznika izpopolnjuje v širšem smislu. Ob tem je za zaposlene ključen tudi občutek pripadnosti timu ali oddelku, pri čemer je zaposlenim treba zagotoviti ustrezen prostor in čas za povezovanje.

Relativno nizko so udeležinke ocenile tudi ugled tima znotraj institucije, vendar razlogov za takšne rezultate ne poznamo, ker po njih nismo neposredno spraševali. Ugled je pomemben za podjetja in institucije kot celote, saj je povezan z učinkovitostjo njihovega delovanja, ob tem pa je bolj privlačen za kupce, vlagatelje in kadre (Walker, 2010), kar morda vsaj delno velja tudi za time. Ugled tima za rehabilitacijo oseb s kronično bolečino bi morda lahko izboljšali s pomočjo informiranja o načinu dela in učinkih tima ter vpeljevanju biopsihosocialnega modela tudi na preostale oddelke URI - Soča in drugih institucij, kar je predlagala ena od udeleženk.

Ugotovitve raziskave so v prvi vrsti uporabne za time v okviru zdravstvenega sektorja, ki so vsaj v nekaterih značilnostih podobni timu v tem prispevku. Na ravni institucij je merjenje organizacijske klime že dobro uveljavljena praksa, manj informacij pa imamo o učinkovitosti delovanja v posameznih timih. Z njihovim rednim spremljanjem bi nekatere izboljšave morda uvedli hitreje kot v primeru, da takšne pobude daje le vodstvo institucij, kar bi lahko predstavljalo dober zgled tudi za time v drugih sektorjih.

Glavna omejitev raziskave glede veljavnosti njenih ugotovitev je njena majhnost tako glede števila udeležencev kot tudi obravnave zgolj enega tima. V prihodnje bi bilo smiselno preučiti več timov znotraj iste institucije ter jih primerjati s timi drugih institucij v okviru enega področja delovanja ali več. Prav tako bi bilo priporočljivo uporabiti vprašalnike, ki so že uveljavljeni v tujini, ter jih ovrednotiti in preveriti v našem okolju, kar bi skupaj z ustreznim vzorčenjem udeležencev pripomoglo tudi k večji posplošljivosti raziskovalnih zaključkov.

## 5. Sklep

Zaradi kompleksnosti dela na področju zdravstva lahko različni strokovnjaki najučinkoviteje sodelujejo v okviru interdisciplinarnih timov. Tim za obravnavo oseb s kronično bolečino pri tem uporablja biopsihosocialno paradigmo, zato so redni sestanki, dobra komunikacija in opora med članicami bistvenega pomena za učinkovito delo. Možnosti za izboljšanje učinkovitosti tima ostajajo pri neustreznih prostorih, nedostopnosti do

nekaterih pripomočkov za delo, pomanjkanju pohval in nagrad ter nizkem ugledu tima znotraj institucije.

Delovanje tima za kronično bolečino bi bilo smiselno primerjati z drugimi timi, bodisi znotraj URI - Soča bodisi zunaj te. Še posebej bi bila zanimiva primerjava s timi, v katerih se prav tako ukvarjajo z obravnavo bolečine. Glede na to, da se tim skozi čas spreminja (povečevanje števila članov, nova oprema, uvajanje novih metod dela), bi bilo na več časovnih točkah koristno preveriti, ali se s tem spreminja tudi njegova učinkovitost. Na podlagi dobljenih podatkov bi lahko predlagali izboljšave, za uspeh njihovega uvajanja pa bi bilo ključno, da sodelujejo tako člani tima kot vodstvo institucije.

### Literatura in viri

- Al Sayah, F., Szafran, O., Robertson, S., Bell, N. R. in Williams, B. (2014). Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19–20), 2968–2979. doi:10.1111/jocn.12547
- Aubé, C. in Rousseau, V. (2011). Interpersonal aggression and team effectiveness: the mediating role of team goal commitment. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(3), 565–580.
- Becker, S., Körner, M., Müller, C., Lippenberger, C., Rundel, M. in Zimmermann, L. (2017). Development and pilot testing of an interprofessional patient-centered team training programme in medical rehabilitation clinics in Germany: a process evaluation. *BMC Medical Education*, 17, 120. doi:10.1186/s12909-017-0960-x
- Benson, S. G. in Dundis, S. P. (2003). Understanding and motivating health care employees: integrating Maslow's hierarchy of needs, training and technology. *Journal of Nursing Management*, 11, 315–320.
- Choi, B. C. K. in Pak, A. W. P. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine*, 29(6), 351–364.
- Cohen, S. G. in Bailey, D. R. (1997). What makes teams work: group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of Management*, 23(4), 238–290.
- Crema, M. in Verbano, C. (2013). Future developments in health care performance management. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6, 415–421. doi:10.2147/JMDH.S54561
- Curtis, J. R., Cook, D. J., Wall, J. R., Angus, D. C., Bion, J., Kacmarek, R., ... Puntillo, K. (2006). Intensive care unit quality improvement: a „how-to“ guide for the interdisciplinary team. *Critical Care Medicine*, 34(1), 211–218.
- Fewster-Thuente, L. in Velsor-Friedrich, B. (2008). Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals. *Nursing Administration Quarterly*, 32(1), 40–48. doi:10.1097/01.NAQ.0000305946.31193.61
- Gatchel, R. J., McGeary, D. D., McGeary, C. A. in Lippe, B. (2014). Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *American Psychologist*, 69(2), 119–130. doi:10.1037/a0035514
- Gausvik, C., Lautar, A., Miller, L., Pallerla, H. in Schlaudecker, J. (2015). Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8, 33–37. doi:10.2147/JMDH.S72623
- Hackman, J. R. (2002). *Leading teams: setting the stage for great performances*. Boston, MA: Harvard Business Press.
- Hollenbeck, J. R., Beersma, B. in Schouten, M. E. (2012). Beyond team types and taxonomies: a dimensional scaling conceptualization for team description. *Academy of Management Review*, 37(1), 82–106. doi:10.5465/amr.2010.0181
- IASP (2011). *Pain clinic guidelines*. Pridobljeno s <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1471>
- Körner, M. (2013). Patient-centered care through internal and external participation in medical rehabilitation. *Health*, 5(6A2), 48–55. doi:10.4236/health.2013.56A2008
- Lemieux-Charles, L. in McGuire, W. L. (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 63(3), 263–300.
- Lončarić, I., Kovač, I., Rilović Đurašin, M., Habuš R. in Kaulzarić, N. (2016). Interdisciplinarni timski rad – izazov u suvremenoj rehabilitaciji. *Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, 2(2), 147–154. doi:10.24141/1/2/2/7
- Lown, B. A. in Manning, C. F. (2010). The Schwartz Center Rounds: evaluation of an interdisciplinary approach to enhancing patient-centered communication, teamwork, and provider support. *Academic Medicine*, 85(6), 1073–1081. doi:10.1097/ACM.0b013e3181dbf741
- Marshall, C. in Rossman, G. B. (2006). *Designing qualitative research* (Fourth edition). Thousand Oaks, CA: Sage.



20. Meguid, C., Ryan, C. E., Edil, B. H., Schulick, R. D., Gajdos, C., Boniface, M., ... McCarter, M. (2015). Establishing a framework for building multidisciplinary programs. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8, 519–526. doi:10.2147/JMDH.S96415
21. Mitchell, P., Wynia, M., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Webb, C. E., ... Von Kohorn, I. (2012). *Core principles & values of effective team-based health care* (Discussion Paper). Washington, DC: Institute of Medicine. Pridobljeno s strani <https://www.nationalaheh.org/pdfs/vsrt-team-based-care-principles-values.pdf>
22. Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P. in Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11, 19. doi:10.1186/1478-4491-11-19
23. O'Leary, K. J., Buck, R., Fligel, H. M., Haviley, C., Slade, M. E., Landler, M. P., ... Wayne, D. B. (2011). Structured interdisciplinary rounds in a medical teaching unit: improving patient safety. *Archives of Internal Medicine*, 171(7), 678–684. doi:10.1001/archinternmed.2011.128
24. Pannick, S., Davis, R., Ashrafian, H., Byrne, B., Beveridge, I., Athanasiou, ... Sevdalis, N. (2015). Effects of interdisciplinary team care interventions on general medical wards: a systematic review. *JAMA Internal Medicine*, 175(8), 1288–1298. doi:10.1001/jamainternmed.2015.2421
25. Reid Ponte, P., Gross, A. H., Milliman-Richard, Y. J. in Lacey, K. (2010). Interdisciplinary teamwork and collaboration: an essential element of a positive practice environment. *Annual Review of Nursing Research*, 28(1), 159–189. doi:10.1891/0739-6686.28.159
26. Roussel, M. G., Gorham, N., Wilson, L. in Mangi, A. A. (2013). Improving recovery time following heart transplantation: the role of the multidisciplinary health care team. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6, 293–302. doi:10.2147/JMDH.S31457
27. Sfantou, D. F., Laliotis, A., Patelarou, A. E., Sifaki-Pistolla, D., Matalliotakis, M. in Patelarou, E. (2017). Importance of leadership style towards quality of care measures in healthcare settings: a systematic review. *Healthcare*, 5(4), 73. doi:10.3390/healthcare5040073
28. Stanos, S. (2012). Focused review of interdisciplinary pain rehabilitation programs for chronic pain management. *Current Pain and Headache Reports*, 16(2), 147–152. doi: 10.1007/s11916-012-0252-4
29. Studen, N. (2017). *Timsko delo v zdravstveni negi* (Diplomsko delo). Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Jesenice.
30. Turk, D. C. in Flor, H. (1999). Chronic pain: a biobehavioral perspective. V R. J. Gatchel in D. C. Turk (ur.), *Psychosocial factors in pain: critical perspectives* (str. 18–34). New York: Guilford Press.
31. Walker, K. (2010). A systematic review of the corporate reputation literature: definition, measurement, and theory. *Corporate Reputation Review*, 12(4), 357–387.
32. Weller, J., Boyd, M. in Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1061), 149–154. doi:10.1136/postgradmedj-2012-131168
33. Willcocks, S. G. (2018). Exploring team working and shared leadership in multi-disciplinary cancer care. *Leadership in Health Services*, 31(1), 98–109. doi: 10.1108/LHS-02-2017-0011
34. Xyrichis, A. in Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 140–153. doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015
35. Youngwerth, J. in Twaddle, M. (2011). Cultures of interdisciplinary teams: how to foster good dynamics. *Journal of Palliative Medicine*, 14(5), 650–654. doi: 10.1089/jpm.2010.0395

**Katja Zupančič** je univerzitetna diplomirana psihologinja, zaposlena na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije - Soča, kjer je članica interdisciplinarnega tima za rehabilitacijo oseb s kronično bolečino. V tristopenjskem izobraževanju je pridobila naziv vedenjsko-kognitivne terapevte. Tovrstno znanje uporablja pri vodenju skupinskih in individualnih obravnav ter delavnic za psihologe in zdravnike, ki se usposablajo za psihoterapevte. Poleg psihoterapije njeno delo vključuje tudi raziskave ter predavanja s področja kronične bolečine in drugih psiholoških tem, ki jih pripravlja skupaj s sodelavci URI - Soča. Na Filozofski fakulteti Univerze v Ljubljani je vključena v doktorski študij na smeri Aplikativne psihološke študije, kjer v svoji doktorski nalogi preučuje vlogo perfekcionizma pri osebah s kronično bolečino.